

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

**PD Dr. med. S. Eidt, Dr. med. R. Hake**  
Ärzte für Pathologie, Gemeinschaftspraxis  
Werthmannstraße 1  
50935 Köln  
Telefon (0221) 4677-19 01  
Telefax (0221) 4677-19 08  
E-Mail info@patho-koeln.de  
Internet www.patho-koeln.de

## Antrag auf molekularpathologische Untersuchung

<input type="radio"/> ambulant oder <input type="radio"/> stationär	<input type="radio"/> Privatpatient →	<input type="radio"/> KVB	<i>Einsenderstempel</i>
		<input type="radio"/> Post-B <input type="radio"/> BG <input type="radio"/> Knappschaft <input type="radio"/> Sonstige	
	<input type="radio"/> Kassenpatient →	<input type="radio"/> ambulat / Ü-Schein liegt bei	
<b>Aufnahme-Nr.:</b>	<b>Geschlecht:</b>	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> W	

Eingesandtes Material (Art / Entnahmestelle):

Vorliegende Tumorerkrankung und Fragestellung:

.....

.....

Blocknummer:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Brustkrebs-Subtypisierung** [ER, PR, AR, Her2-neu, Ki67, RacGAP1]

**MSI**

**Checkpoint Typer** [PD1, PDL1]

**BRAF**

**Ki67**

**EGFR**

**Her2-neu**

**K-RAS / N-RAS**

**Sonstige** .....

Relevante Vorerkrankungen:	Therapien: <input type="radio"/> adjuvant <input type="radio"/> neo-adjuvant
Klinische Stadieneinteilung: T                      N                      M	Sonstige Informationen:

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Arztes